

# 国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

※添付資料：領収書等の入院が確認できる書類

※太枠内を記入してください

|   |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
|---|---------|------------|--|--|--|--------|-------------------|------|--|---|----|--|
| 被保険者証記号番号                                       |         | 宇 城        |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| 世帯主   | 住所      | 宇城市        |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
|   | 氏名      |            |  |  |  | 生年月日   | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |      |  |   |    |  |
|   | 個人番号    |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| 減額対象者   | 氏名      |            |  |  |  | 生年月日   | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |      |  |   |    |  |
|   | 世帯主との続柄 |            |  |  |  | 個人番号   |                   |      |  |   |    |  |
| ●減額認定の交付を受けている者                                 |         | 発行年月日      |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
|   |         | 適用年月日      |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
|   |         | 長期該当年月日    |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| ●食事療養を受けた保険医療機関名等                               |         | 名 称        |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
|   |         | 所在地        |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| ●入 院 期 間 (日数)                                   |         | 令和 年 月 日から |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
|   |         | 令和 年 月 日まで |  |  |  |        |                   |      |  |   | 日間 |  |
| ●入院期間に受けた食事療養費に対して支払った額 (標準負担額)                 |         |            |  |  |  |        |                   |      |  | 円 |    |  |
| 減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由                        |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| イ 長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため                |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| ロ その他 ( )                                       |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| 世帯主振込先  |         | 銀行・農協      |  |  |  | 本店・支店  |                   |      |  |   |    |  |
| ※世帯主以外の口座<br>へ振込を希望する場<br>合は、下記の委任欄<br>の記入が必要です |         | 信金・信組      |  |  |  | 支所・出張所 |                   |      |  |   |    |  |
|   |         | 普通<br>当座   |  |  |  |        | 名義人<br>(世帯主)      | フリガナ |  |   |    |  |
|   |         | ゆうちょ銀行     |  |  |  |        |                   | -    |  |   |    |  |
| 食事差額の受領に関する権限を委任します。                            |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| 氏名 (世帯主) _____                                  |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| 上記のとおり関係書類を添えて、国民健康保険の標準負担額差額の支給を申請します。         |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| 令和 年 月 日  |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| 宇城市長 様  |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| 世帯主 住 所 宇城市                                     |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| (申請者) 氏 名                                       |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |
| 電 話   |         |            |  |  |  |        |                   |      |  |   |    |  |

※職員 (担当者) 使用欄

|       |                 |               |
|-------|-----------------|---------------|
| 支給決定額 | 長期入院適用前食事額 ( 円) |               |
|       | 長期入院適用後食事額 ( 円) | 支給額 (差額) ( 円) |